



**SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA
COUNTY OF ORANGE
SELF-HELP CENTER/FACILITATOR'S OFFICE**

www.occourts.org

COMO PREPARAR:

- A. **La Respuesta A Una Demanda Y Citacion Judicial (FL-610)**
- B. **La Respuesta A Una Orden De Presentar Motivos Justificativos Sobre El Establecimiento O Modificación De Manutención De Hijos, Manutención De Cónyuge, O Seguro Medico (FL-320)**
- C. **La Respuesta Al Aviso De Petición Gubernamental (FL-685)**

Descripción:

En este taller lo vamos a ayudar a preparar los documentos necesarios para que pueda responder al aviso de Petición Gubernamental o a la Orden de Presentar Motivos Justificativos sobre el establecimiento o modificación de manutención de hijos, manutención de cónyuge o seguro medico o la Respuesta a Demanda que recibio con la Demanda y Citacion Judicial del Departamento de Manutencion de Hijos (CSS).

Cuando:

Este taller se ofrece el Jueves. Registro de clase es de 12:30 p.m. a 12:45 p.m.

Tiene que completar este Paquete de Registración para ser admitido a la clase. *Por favor llegue a tiempo, que los asientos son limitados.

A Donde:

Lamoreaux Justice Center (LJC)
341 The City Drive, Primer Piso, Cuarto C101
Orange, CA, 92868

Que Debo de Traer:

- Este “Paquete de Registro” **LLENO**
- Comprobantes de todos ingresos (ultimos dos meses)
- Paquete de Demanda y Citacion Judicial con la Respuesta a Demanda
- Declaración escrita **en Ingles**
- Pluma Negra

Nombre: _____

Numero de Caso: _____

Esta involucrado en su caso el CSS ___ Si ___ No

INFORMACION INICIAL ACERCA DE SUS GASTOS

Las personas siguientes viven conmigo:

Nombre	Edad	¿Cómo está relacionado/a con usted?	Ingreso mensual (En bruto)	¿Paga algunos gastos del hogar?
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Promedio de gastos mensuales

Estimación de gastos

Gastos actuales

- | | | | |
|--|----------|---|----------|
| a. Mi casa
<input type="checkbox"/> Renta o <input type="checkbox"/> Hipoteca | \$ _____ | h. Lavandería y tintorería | \$ _____ |
| b. Gastos médicos no pagados por seguro médico | \$ _____ | i. Ropa | \$ _____ |
| c. Cuidado de niño(s) | \$ _____ | j. Educación | \$ _____ |
| d. Comida en casa y provisiones | \$ _____ | k. Entretenimiento, regalos y vacaciones | \$ _____ |
| e. Comida fuera de casa | \$ _____ | l. Gastos de auto transporte (seguro, gas, reparaciones, autobus) | \$ _____ |
| f. Servicios (luz, agua, gas, basura) | \$ _____ | m. Seguranza (vida, accidente, etc.; No incluya seguro de auto, casa, o médico) | \$ _____ |
| g. Teléfono, celular, correo electrónico | \$ _____ | n. Ahorros y inversiones | \$ _____ |
| | | o. Contribuciones caritativas | \$ _____ |

Pagos a plazos y deudas no incluidos en sus gastos mensuales (tarjetas del crédito, préstamos, etc.)

Pagado a	Para (pago de carro, etc.)	Pago mensual	Balance que debe	Paga algunos gastos del hogar
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
Total de los pagos mensuales:		\$		

INFORMACION INICIAL ACERCA DE SU EMPLEO / TRABAJO

EMPLEO / TRABAJO:

(Complete la información abajo sobre su trabajo actual, o si usted está desempleado, su trabajo más reciente.)

- a. Nombre del empleador: _____
- b. Dirección del empleador: _____
- c. Numero de teléfono del empleador: _____
- d. Su ocupación: _____
- e. Fecha del comienzo de trabajó: _____
- f. Si está desempleado, fecha que dejo de trabajar: _____
- g. Trabajo _____ horas por semana.
- h. Me pagan \$ _____ (cantidad en bruto antes de las deducciones de impuestos por mes
 por semana por hora

* Si tiene más de un empleador, añada una hoja de papel de 8 ½ por 11 pulgadas y escriba la información de arriba para cada empleador.

DECLARACION

Complete la forma de Declaración que sigue y dígle a la corte:

- Si es que usted está de acuerdo o no está de acuerdo con lo que el otro padre ha solicitado en la Notificación de Moción/Solicitud de Orden.
- Porque está de acuerdo o porque no está de acuerdo.
- Que es lo que usted está solicitando y porque.

PLAINTIFF/PETITIONER: DEFENDANT/RESPONDENT:	CASE NUMBER:
--	--------------

DECLARATION

(This form must be attached to another form or court paper before it can be filed in court.)

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Date:

(TYPE OR PRINT NAME)

(SIGNATURE OF DECLARANT)

- Attorney for
- Respondent
- Plaintiff
- Other *(Specify):*
- Petitioner
- Defendant